

Video-Behandlung

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Therapie von

Praxis	
--------	--

als Video-Behandlung durchgeführt wird.

Patient/in Vorname Name	
Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	
Postleitzahl Wohnort	
Telefon	
E-Mail	
Verordnungsdatum	
Verordnete Therapie	

1. Zweck der Einverständniserklärung

Aus Anlass der Corona Pandemie haben die Gesetzlichen Krankenkassen die Therapie über Video zugelassen, „sofern die Behandlungen aus therapeutischer Sicht auch im Rahmen einer telemedizinischen Leistung (Videobehandlung) stattfinden können“. Voraussetzung ist die vorherige Einwilligung des Versicherten. Die Videobehandlung muss in Räumen stattfinden, die Privatsphäre bieten. Die beim Leistungserbringer und bei den Versicherten bereits vorhandene Technik muss eine angemessene gegenseitige Kommunikation gewährleisten. Die Bestätigung der erbrachten Leistungen durch den Versicherten kann per E-Mail erfolgen. Diese Verfahrensregelung gilt zunächst für alle Behandlungen, die bis einschließlich 30.04.2020 durchgeführt werden.

2. Datenschutz

Die Gesetzlichen Krankenkassen haben keine Vorgaben für die zu verwendende Software gemacht.

3. Rücksendung

Die ausgefüllte und unterschriebene Erklärung muss in der Praxis vor Beginn der Behandlung per E-Mail (gescannt oder als Foto) oder per Post eingegangen sein.

4. Ihr Recht

Sie haben das Recht, diese Zustimmung jederzeit schriftlich zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in, ggf. Gesetzliche Vertretung

Gesetzliche/r Vertreter Vorname Name	
Straße Hausnummer	
Postleitzahl Wohnort	
Telefon	
E-Mail	